

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

394

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Germaine, Danielle ROMANA - MONPIERRE

Née le 7 Février 1929, à POINTE-à-PITRE (Guadeloupe)

présentée et soutenue publiquement le

ETUDE D'UNE SERIE
DE GROSSESSES ET D'ACCOUCHEMENTS
DANS LES UTERUS PORTEURS DE FIBROMES

Président : Monsieur VARANGOT (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Germaine, Danielle ROMANA-MONPIERRE

Née le 7 février 1929

à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-



ETUDE D'UNE SERIE DE
GROSSESSES ET D'ACCOUCHEMENTS
DANS LES UTERUS PORTEURS DE FIBROMES

--:-

Président : Monsieur VARANGOT (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0002

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROcq (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	COEDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel).....	DELMAS (A)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J)
Clinique carcinologique.....	REDON (H)
Clinique cardiologique.....	MOUQUIN (M)
(Beaujon.....	SICARD (A)
(Cochin.....	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu.....	
gicales (Saint-Antoine.....	GOSSET (J)
(Salpêtrière.....	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique.....	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice.....	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire.....	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire.....	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique.....	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale.....	LAMY (M)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants.....	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais..... GENNES (L. de)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M)
	(Lariboisière..... SOULIE (P)
	(Pitié..... DREYFUS (G)
	(St-Antoine..... KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque..... LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal..... N...
obstétricales	(Tarnier..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

MM.

Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t.pers.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	N....
Pathologie et therap.générales.....	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	BARGETON (D)
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J)
Thérapeutique.....	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr. s.ch.
	(BUSSER (F)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie.....	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J)m.conf.
	(SCHAPIRA (G)m. conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F) m.conf.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
	(BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie.....	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R) (DUPONT (V)
Médecine légale	(DEROBERT (L) pr.s.ch. (HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (F) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (LC) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LAURENCE (G) agr.pers. (LORTAT-JACOB (J.L) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J) (CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L) (LOEP ER (J) (MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P)m.conf. (CATINAT (J)
Pathologie médicale.....	(CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H)m.conf. (ROYER (F) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P)
Pédiatrie-Puériculture.....	(POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch.
Physiologie.....	(DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KELLERSHON
Physique médicale.....	KREIS (B)
Pneumo-phtisiologie.....	PICHOT (P)
Psychiatrie.....	DUCHE (D)
Psychiatrie infantile.....	DELBARRE (F) (CERNEA (P)
Rhumatologie.....	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P)
Stomatologie.....	(LAMOTTE (M) (QUENU (I.)
Thérapeutique.....	
Urologie.....	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

MM.

	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
Clinique	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
chirurg.	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale.....	(MÉRGER (R)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M.)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
Clinique	(CONTE (M)	trique et pué-	
médicale	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

. Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées , doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A mes Parents,

A mon Mari et à mes Fils,

A mes Amis,

Et à tous ceux qui m'ont aidée.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. VARANGOT,

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé MAYER,

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'assurance
de notre reconnaissance et
nos vifs remerciements
pour son bienveillant ac-
cueil et ses précieux
conseils.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Bordeaux,

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

En guise de respectueuse
reconnaissance.

A Messieurs les Membres de mon
Jury de Thèse.

ETUDE D'UNE SERIE DE
GROSSESSES ET D'ACCOUCHEMENTS
DANS LES UTERUS PORTEURS DE FIBROMES

-:-

- I -

INTRODUCTION

-:-

Le fibrome ou fibromyome de l'utérus est une tumeur bénigne constituée de fibres conjonctives et musculaires lisses, développée au dépens de la paroi utérine. Il en existe plusieurs variétés : les sous-muqueux à expansion intra-cavitaire ; les interstitiels qui siègent dans l'épaisseur même du myomètre ; les sous-péritonéaux qui font saillie vers la cavité péritonéale ; enfin, il en existe qui s'insinuent entre les deux feuillets du ligament large ; d'autres notions sont plus intéressantes : les fibromes du fond ont une évolution abdominale et peuvent acquérir un développement très important sans entraîner de troubles notables, autre qu'une augmentation de volume de l'abdomen qui autrefois dépassait la vraisemblance ; les myomes bas implantés ont au contraire une destinée moins simple :

- les fibromes isthmiques à développement antérieur entraînent précocement des troubles vésicaux,

- les myomes à développement latéral ont une fâcheuse tendance à l'inclusion dans le ligament large, avec les dangers opératoires que cela comporte. Enfin, toutes ces variétés pelviennes donnent avec élection des complications telles que * compression de voisinage, oedème, nécrobiose, infection. Notons que nombre de fibromes restent latents et ne sont découverts qu'accidentellement.

Signalons enfin qu'il existe toujours un plan de clivage entre le myome et le muscle utérin environnant, ce qui permet l'exérèse limitée ou myomectomie.

La fibromatose utérine est extrêmement fréquente. Pour BAYLE, une femme sur 5 en serait porteuse après 30 ans. Pour FORGUE, une femme sur 8. Il est classique, en outre, de signaler l'extrême fréquence des fibromes dans la race noire. Les observations de myomes atteignant plusieurs membres d'une même famille sont très nombreuses et on pense au rôle de l'hérédité dans leur étiologie. De même, l'âge d'élection dans la race noire auquel apparaît le fibrome se situe souvent avant 30 ans. Citons le cas d'une jeune fille de la Guadeloupe, Melle G.B. étudiante, âgée de 25 ans, chez laquelle on extirpa une multitude de petits fibromes. Le chirurgien procéda à une difficile polomyomectomie afin de maintenir les possibilités de grossesses futures. Il faut toutefois constater même en France, le rajeunissement du fibrome ; classiquement l'âge le plus fréquent se situait entre 40 et 50 ans alors qu'éventuellement la moyenne s'échelonne entre 30 ans et surtout 35 ans.

Nous avons dit plus haut l'extrême fréquence de la fibromatose utérine, aussi est-il banal d'observer au cours de la grossesse ou après l'accouchement quelque petit nodule fibreux, un myome volumineux ou des noyaux multiples et importants. Cette association, ou pour mieux dire la possibilité de conception des porteuses de fibromes fut longtemps discutée.

Depuis PINARD, la stérilité relative des vraies fibromateuses est classique. Les fibromes sont-ils mécaniquement, par leur présence, cause de la stérilité ? C'est ce que pensent certains promoteurs de la myomectomie et ce que tendrait à prouver l'amélioration de la fécondité incontestablement obtenue par

cette opération. Il est pourtant probable, pensent CHASTRONE et MAHON, que dans la plupart des cas, fibromatose et stérilité ont une cause endocrinienne commune qui semble être, bien que la question ne soit pas entièrement résolue, l'hyperoestrogénie, ce qui expliquerait la proportion élevée de fibromateuses primipares âgées dont la fécondité se serait réveillée au déclin de la vie génitale, quand s'améliore l'équilibre génital.

- II -

POURCENTAGES DE FIBROMATEUSES

STERILES

- : -

Selon DUCUING, il ne faut pas confondre le nombre des fibromateuses n'ayant pas eu d'enfants et celui des fibromateuses stériles. Dans sa statistique inédite portant sur 547 femmes, 150, soit 27 p. 100 n'avaient pas eu de grossesses. Le nombre exact des stériles était de 95. Ce qui porterait le pourcentage de myomateuses vraiment stériles à 17,3 p. 100 ; d'autres auteurs trouvent une proportion plus élevée. Voici les chiffres que citent LAFFONT et AZERAD : Von WINCKEL, 32 p. 100 ; ROHRIG 25 p. 100 ; HELEY et CULLER 32 p. 100 ; KUSTNER et SCHROEDER 25 à 30 p. 100 ; LYNCH 31,8 p. 100. Dans le même article, LAFFONT et AZERAD rappellent par contre l'avis d'un certain nombre de gynécologues qui contestent le rôle important du fibrome dans la stérilité. HOFMEIER est du nombre. Il pense même que le fibrome "favorise plutôt la conception chez les femmes relativement âgées en maintenant un état anormalement prolongé d'activité fonctionnelle de tout l'appareil génital et particulièrement des ovaires". En réalité, ce point de vue est exagéré aussi bien que celui qui considère le myome comme un facteur très important de stérilité, et l'on pourrait dire que les fibromateuses sont un peu plus fréquemment stériles que les autres femmes. N'oublions pas que le pourcentage de stérilité établi n'est point absolu, car il faut défalquer la part provenant du mari et cette part n'est point négligeable. "Dans la

stérilité féminine, la responsabilité du mari s'élève entre 8 et 40 p. 100 et même 50 p. 100 d'après PORTES, SOLAL et FRANCK". Ceci vaut bien entendu pour toutes les femmes stériles fibromateuses ou non.

Pour notre part, si nous consultons les dossiers mis à notre disposition par M. MAYER à la maternité de l'Hôpital Saint-antoine, nous voyons ce qui suit :

De 1954 à 1958, sur 118 femmes opérées pour fibromes (hystérectomie ou myomectomie) nous relevons dans leurs antécédents :

- 90 femmes ont présenté une grossesse, soit 76 p. 100,
- 14 femmes n'ont pas eu de grossesse,
- 14 femmes étaient célibataires.

Plusieurs d'entre elles présentèrent plusieurs grossesses :

- | | |
|---------------|---------------------|
| - 1 grossesse | 52 fois |
| - 2 " | 22 " |
| - 3 " | 10 " |
| | (dont 1 gemellaire) |
| - 5 " | 1 fois |
| - 6 " | 1 " |
| - 7 " | 1 " |
| | (dont 1 gemellaire) |
| - 8 " | 2 fois |
| - 9 " | 1 " |

Donc, 76 p. 100 de grossesses et 11,8 p. 100 de stérilité.

Pour l'année 1959, 28 interventions pour fibrome,

Antécédents :

- 16 grossesses 2 grossesses 4 fois

- 6 stérilités	1 grossesse	3 fois
	5 grossesses	3 fois
- 6 célibataires	3 grossesses	2 fois
	4 grossesses	4 fois

Nous enregistrons donc 20 cas de stérilité. Sur ces 20 cas, 12 environ sont associés à des endométrioses, à des ovaires scléro-kystiques, à des hydro-salpinx, l'insufflation tubaire montre alors souvent des salpingites une imperméabilité des trompes qui sans conteste est une cause de stérilité. Nous trouvons également une fibromatose associée à un abcès froid tuberculeux.

Observation n° 1 Mme A... 36 ans

Présente stérilité probablement primaire.

M.MAYER après examen pose l'indication opératoire. Envisager myomectomie avec vérification opératoire de l'état des trompes séminales à faire sous insufflation per-opératoire.

Laparotomie exploratrice pour stérilité probablement d'origine liaulaire avec un fibrome antérieur rétrovésical.

A l'exploration, le pelvis est cloisonné par des adhérences qu'unissent le grand épiploon à la vessie et à l'utérus. Libération des franges épiploïques ; l'utérus est recouvert par une masse rénittente de la taille d'une mandarine adhérente elle-même à la vessie et aux franges sigmoïdiennes. L'insufflation per-opératoire met en évidence l'absence de perméabilité tubaire.

Les deux trompes sont dilatées de part et d'autre, de la masse et présentent des formations nodulaires. Dans un premier temps, libération de la masse médiane du sigmoïde

à l'arrière de la vessie. Il s'agit d'un abcès froid dont il est difficile de deviner le point de départ : trompe gauche ou droite ? Salpingectomie bilatérale avec conservation ovarienne et résection du ligament rond à gauche ; l'ovaire droit présente un kyste hématique : résection et petit surjet. L'ovaire gauche est tout petit, blanchâtre et scléreux. Décollement de la vessie en avant et myomectomie du fibrome qui descend presque sur le col, capitonnage en deux plans.

o

Les 8 autres cas de stérilité vraie présentent un fibrome et uniquement un fibrome semble-t-il.

Observation n° 2 Mme M... 36 ans

Vient pour stérilité primaire le 9.11.58

Antécédents gynécologiques :

- période règles : 13 ans (25 jours - 3 jours)

- syndrome prémenstruel +

- syndrome intermenstruel = 0

Antécédents obstétricaux : mariée à 23 ans
(il y a douze ans)

- Grossesse = 0

- Fausse couche = 0

Mari en bonne santé 39 ans - sperme normal.

Histoire :

Date des règles : 23.10.58 ... 26.10.58

Pas de métrorragies,

Pas de ménorragies.

L'H S G révèle la présence de fibromes.

Insufflation tubaire : trompes perméables,
ovaires normaux.

Intervention le 10.11.58 par Monsieur MAYER
Myomectomie : extirpation de fibromes interstitiels.

1 noix : face antéro-supérieure gauche de l'utérus,
1 cerise : bord droit près de la corne,
1 noyau de cerise : face avant de l'isthme,
1 oeuf de pigeon : corne gauche.

La cavité utérine n'est pas ouverte. Suites opératoires bonnes.

Examen de la pièce opératoire : myomes :
aspects macroscopiques bénins, pas d'examen
histologiques à pratiquer.

o

Observation n° 3: Docteur B... 35 ans 1954

Vient pour stérilité primaire.

Antécédents : cycle de 28 jours normal, jusqu'au 6 août, suintement ayant débuté le 11.9.54. Pas de troubles fonctionnels ni dysurie, ni douleurs, ni constipation.

A l'examen : col long normal postérieur ; il existe un fibrome typique : masse sphérique, régulière comprenant une masse principale et deux noyaux accessoires. Indications de myomectomie chez une patiente de 35 ans présentant un volumineux fibrome abdominal (tête d'enfant) ; gros fibrome avec noyaux supplémentaires du corps ; l'H S G montre que l'utérus est violemment déporté en latéroversion gauche ; il est tordu sur son axe de telle sorte que la cavité apparaît dans le plan sagittal ; les trompes sont perméables des deux côtés.

On revoit la malade en 1958 : une nouvelle insufflation tubaire indique des trompes perméables.

Ces observations nous montrent des fibromes multiples ou volumineux associés à une bonne perméabilité tubaire et nous avons également observé que les myomes interstiels et surtout les sous-muqueux étaient

fréquemment cause de stérilité.

Nous nous permettrons d'ouvrir un court chapitre sur l'association de fibrome-grossesse aux Antilles et spécialement en Guadeloupe. Comme nous l'avons dit précédemment, le fibrome est très fréquent dans la race noire ; dans l'étiologie on a invoqué l'hérédité, mais nous serions enclins à y ajouter le rôle favorisant du climat.

- un fait important dès l'abord est à signaler, à savoir la tendance très nette à l'hyperfolliculinie qui se manifeste plus ou moins précocement.

- Un deuxième fait est la présence de myome chez une femme sur deux environ aux alentours de la ménopause.

- Un troisième fait est le surpeuplement de ce petit pays : 350 000 habitants pour 1200 km².

Comment donc expliquer cette extrême fécondité ? Nous avons fait les remarques suivantes :

- Les femmes de chez nous se marient relativement jeunes, quelquefois dès 16 ans $\frac{1}{2}$, et souvent entre 18 et 22 ans, et il s'ensuit fréquemment une première grossesse. A cet âge, les troubles hyperfolliculiniques sont encore peu notables.

- Les femmes allaitent pendant un nombre de mois allant jusqu'à 18 mois et même 2 ans.

- Une seconde grossesse survient avant le retour de couches, dans nombre de cas. Nous connaissons des femmes plurigestantes (10 grossesses) qui sont restées près de 10 ans et davantage sans nulle menstruation.

Ainsi nous pensons que le mariage à un très jeune âge suivi rapidement de grossesse, de gestations successives quelquefois sans réapparition de périodes menstruelles, d'allaitement prolongé, sont trois causes qui retardent l'apparition du déséquilibre hyperoestrogénique.

En effet, l'organisme pendant un nombre d'années plus ou moins long est soumis du fait de la gravidité et de l'allaitement à un équilibre hormonal protecteur ; vers 49/50 ans, aux alentours de la ménopause, se révèle le fibrome passé longtemps inaperçu ou n'ayant pu se développer qu'à cette période.

Cette interprétation naturellement n'a de valeur que dans les cas où l'hyperfolliculinie est à la base de la formation du fibrome. Mais il ne faut point perdre de vue que ce dernier constitue une cause de stérilité souvent parpure gêne mécanique.

De toute manière nous pouvons conclure à une relative fréquence de grossesses chez les fibromateuses.

- III -

ASSOCIATION FIBROME-GROSSESSE

-:-

Cette association est envisagée de façon très différente par les accoucheurs et les chirurgiens. Les premiers sont volontiers enclins à l'optimisme, les seconds au contraire, se montrent pessimistes au point de comprendre la gestation dans les "complications du fibrome". D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que le déroulement de la gestation est normal dans bon nombre de cas et que l'abstentionnisme est la meilleure règle d'action.

INFLUENCE DU FIBROME SUR LA GROSSESSE

- a) cause de stérilité
- b) parfois possibilité de grossesse extra-utérine (2 cas dans notre dossier)
- c) rétroversion de l'utérus gravide
- d) rétroflexion partielle de l'utérus gravide très rare à terme Monsieur VAUDESCAL en 1925 en a relevé à cette époque une vingtaine de cas dans la littérature ; citons cette rétroflexion partielle de l'utérus par inclusion pelvienne d'un fibrome de la corne droite.
- e) Le fibrome favorise l'endométrite déciduale (hémorragies et hydro-hématorrhée ; ces accidents peuvent provoquer l'interruption de la grossesse ou l'insertion vicieuse du placenta (4 p. 100 des cas d'après

DUBRISAY et JEANNIN).

f) Les anomalies de situation foetale en fin de grossesse, lorsqu'il s'agit d'un fibrome resté bas situé, pelvien. Les présentations vicieuses sont assez fréquentes d'après LEFOUR : 17 fois sur 100 accouchements de fibromateuses. D'après OLSHAUSEN, il y aurait 54 p. 100 de sommets, 24 p. 100 de sièges et 19 p. 100 d'épaules.

g) Les hémorragies au début de la grossesse par décollement de l'oeuf.

h) L'interruption de la gestation est une complication qui paraît relativement fréquente. L'avortement dans l'utérus fibromateux mérite qu'on s'y arrête. LEIBOVICI, a insisté sur sa fréquence, sa gravité, les risques de rétention, d'hémorragies importantes, d'infections, les écueils et les dangers du traitement.

Ce sombre pronostic l'a amené à préconiser une thérapeutique souvent radicale. Une note trop pessimiste nous semble excessive. Il semble que la proportion d'avortements spontanés ne dépasse point 10 p. 100 chez les gestantes fibromateuses. L'hémorragie et l'infection, les deux gros dangers sont dûs surtout ici à la rétention dans une cavité déformée par les fibromes et à la dénudation par la curette des myomes sous-muqueux. On peut diminuer les risques par une intervention autre que le curetage et que nous préciserons plus loin.

Sur nos 106 femmes, on note dans leurs antécédents :

Nombre total de fausses couches : 42

Nombre total de fausses couches pour chaque femme :

- une fausse couche : 30
- plus d'une fausse couche : 12
- dont 4 fausses couches : 2 fois.

Il nous faut spécifier que quelques fausses couches étaient provoquées. En gros, il y aurait un pourcentage de 14 p. 100 d'avortements spontanés.

Avant d'envisager le diagnostic, le pronostic et la conduite à tenir, nous étudierons d'abord fibromes et accouchements puis, fibrome et suites de couches, sans oublier l'action de la grossesse sur le fibrome.

Fibrome et accouchement :

Si nous examinons les dossiers mis à notre disposition, nous pouvons affirmer que plus de 80 p. 100 de gestations compliquées de grossesses se terminent sans intervention chirurgicale. Dans la grande majorité des cas, nous avons assisté à une marche normale, et à une terminaison spontanée du travail. Si nous comparons nos résultats, à ceux obtenus par d'autres auteurs, nous en voyons le parallélisme. En effet, déjà en 1926 LEVANT montre qu'en moyenne 91 p. 100 des cas de fibromes-grossesses se terminent heureusement ; sur 37 femmes arrivées à terme, malgré leurs fibromes mais sans tumeur praevia, LANTUE-JOUL et BADIE ont obtenu 33 accouchements par les voies naturelles.

Dans 18 cas de "gros fibromes" rapportés par CHASTRUSSE et MAHON dont les porteuses allèrent jusqu'au bout de la gestation, il fut pratiqué une extraction de siège, 2 applications de forceps dans l'excavation, 4 césariennes (suivies d'hystérectomie) dont un pour placenta praevia ; 12 accouchements se terminèrent spontanément soit 66 p. 100 proportion d'autant plus intéressante, qu'il s'agissait dans la plupart des cas de primipares âgées. Nous répèterons donc une fois encore la grande fréquence d'une évolution favorable de l'accouchement. Bien entendu, il existe des dystocies qui sont peut-être

rare mais qui posent des problèmes thérapeutiques assez importants.

Dystocie par fibrome du corps :

a) Les fibromes favorisent l'insertion basse du placenta et alors surviennent des hémorragies importantes. Cet accident est rare. Nous l'avons relevé une fois dans nos dossiers :

Observation n° 4 : Mme R.L.... 33 ans 1954

Mme R.L., 4ème pare ayant subi plusieurs césariennes itératives dont une intervention pour présentation du siège et une autre à 7 mois (enfant mort).

Actuellement hémorragie par insertion vicieuse du placenta. Découverte d'un myome très largement sessile implanté sur la face avant du corps. L'on procède à une césarienne suivie de myonectomie.

Nous trouvons donc réunis chez cette femme des antécédents chargés dont le fibrome méconnu était sûrement la cause.

BOUDREAUX pense que la dystocie par fibrome du corps se verrait dans 25 à 30 p. cent des cas. Ce chiffre nous paraît très élevé mais il s'agit en fait de toutes les anomalies de position et pas seulement de placenta praevia.

b) Les fibromes déterminent des anomalies de la contraction utérine, d'autant plus importantes qu'il s'agit de primipares âgées dont les parties molles offrent quelque résistance.

Observation n° 5 : Mme Ch... 42 ans 1955

Mme Ch... lère pare de 42 ans présente un début de travail anormal et des anomalies importantes de la contraction utérine. On ne peut prolonger l'épreuve du travail d'autant que la femme désire intensément cette maternité. Césarienne, extraction d'un enfant vivant. La vérification des annexes montre l'existence de 4 myomes pédiculés et d'un intra-mural. On procède à une polomyomectomie ; suture en 2 plans :

- 1er plan : points en V ou en X
- 2ème plan : surjet

Antibiotiques sous-péritonéaux. Paroi en 3 plans. Suites opératoires satisfaisantes.

Souvent chez ces femmes l'accouchement traîne en longueur et il est difficile de savoir s'il s'agit d'une inertie ou d'une contracture. TARNIER invoquant le rôle "d'énan" à la propagation de l'onde contractile joué par les noyaux fibromateux, FRUHINSHOLZ parlant "d'utérus boiteux" ont signalé cette dystocie sur l'importance de laquelle LANTUEJOUL et BADIE ont récemment insisté. Les fibromes du fond troubleraient plus volontiers la contraction utérine. Ils s'opposeraient à la propagation des ondes contractiles et les rendraient irrégulières. On a une dilatation lente du col, avec risques de rupture prématurée de la poche des eaux et les conséquences qui en découlent. Les fibromes du segment inférieur influent sur les phénomènes mécaniques : la rotation est incomplète, la tête venant buter sur la tumeur. L'accident le plus redoutable serait la rupture utérine, si le travail était abusivement prolongé et si le diagnostic n'avait pas été fait. Les fibromes interstitiels ou sous-muqueux gênent l'accomodation foetale.

La forme la plus typique de dystocie est due au fibrome pelvien : c'est le fibrome

praevia. Cette dystocie est difficile à prévoir car le fibrome praevia a la possibilité jusqu'au dernier moment de "faire son ascension en fin de grossesse ou pendant le travail au moment de constitution et de l'amplification du segment inférieur". BALARD et DEHAN trouvent que l'ascension se fait dans plus de 80 p. 100 de cas de myomes antérieurs ou latéraux et dans moins de 30 p. 100 de cas de fibromes postérieurs.

Si à l'examen clinique le fibrome paraît faire corps avec l'utérus, si le col est facilement accessible, les chances d'ascension sont plus grandes (LACOUTURE). Nous verrons dans la conduite à tenir les règles à respecter quand il n'y a pas d'ascension. Mais citons déjà cette observation relevée dans notre dossier.

o

Observation n° 6 : Mme S... 1948

Césarienne basse transversale pour tumeur praevia (myome).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Extraction d'un enfant du sexe mâle pesant 3370 g au forceps. A l'inspection, on trouve au bord gauche, intre-mural et tendant à devenir sous-muqueux un fibrome de la grosseur d'une orange au niveau de l'isthme. Un autre fibrome aussi intra-mural se trouve à la même place du côté droit. Le fibrome gauche se trouve juste au-dessous du plexus nerveux et du croisement de l'artère utérine avec l'uretère. On procède à une myomectomie.

Fibrome et délivrance :

Très rares sont les anomalies de la délivrance. Un cas d'hémorragie dans notre dossier.

On doit normalement redouter les difficultés du décollement du placenta. Le décollement partiel avec rétention d'un ou plusieurs cotyledons ou des membranes. L'inertie utérine grave est peu fréquente. Un fibrome sous-séreux peut-être l'amorce d'une inversion utérine par suite des adhérences du placenta dans la zone du fibrome. L'involution utérine peut alors être modifiée, retardée avec rétention de lochies, une augmentation de température pouvant être la conséquence soit d'une infection intra-utérine, soit d'une infection propre du fibrome. Mais nous verrons que la révision utérine pratiquée systématiquement dans le service de Monsieur le Professeur MAYER évite de nombreux accidents. Les suites de couches en général sont bonnes.

Toutefois, il peut se produire des thromboses et des phlébites du post partum, ou du post abortum, sans qu'il soit facile de dire pourquoi. Probablement écrit DUCUING, parce qu'une mauvaise involution utérine favorise l'infection et parce que la résorption rapide du fibrome, après l'expulsion du produit, perturbe les milieux humoraux.

o

Observation n° 7 : Mme CHA.. 32 ans 1953

Antécédents gynécologiques :

- Premières règles : 13 ans
- Durée : 3 jours - très abondantes
- Cycle : 25 jours - régulier

Antécédents obstétricaux :

1939 ANT - D.N. SdC N

1943 ANT - D.N. SdC N

Découverte d'un fibrome au cours de la 2ème grossesse.

Histoire de la maladie : la malade présente des règles normales jusqu'au 9 septembre 1953, lesquelles furent précédées d'un ballonnement abdominal.

La malade consulte en octobre son médecin pour un retard de 3 semaines. Ce dernier diagnostique une grossesse de 4 mois.

Le 23 octobre, elle est examinée par Monsieur MAYER :

grossesse de 2 mois. Il découvre une masse utérine de 28 cm sur la ligne médiane, non douloureuse. La surface en est lisse et régulière dans l'ensemble. On note :

- 1) un myome isolé de la corne gauche,
- 2) 1 2ème du volume d'une orange au voisinage du bord gauche dans sa partie antérieure,
- 3) un 3ème rétrocervical .

Le 24 novembre la malade entre dans le service avec métrorragies et température à 40°

Traitement institué : pénicilline : 1 million
strepto 1 g
adrénoxyl,
kthrombyl

Le 28 novembre : la température tombe à 37°5. Evacuation de l'oeuf complet.

La formule sanguine pratiquée montre :

GR : 3.150.000 Hb : 60 p. 100
GB : 8.700
Polyn neutro : 81
Eosino : 1
Lympho : 17
Monocytes : 1
La VS : 58 - 109 - 147

2.12.53 : la malade se plaint de lourdeurs dans la jambe gauche. A l'examen oedème dur de tout le membre inférieur, mais aucune douleur provoquée par les manoeuvres classiques. On fait d'urgence un test de résistance à l'héparine qui met en évidence une hypercoa-

gulabilité. Elle est mise à l'héparine.

4.12.53 : la malade est vue par le Docteur DREYFUS. "La malade présente un oedème intéressant toute la jambe gauche jusqu'à la racine de la cuisse. La malade se plaint d'une douleur au niveau de l'aîne. Il est donc probable qu'il s'agisse d'une thrombose pelvienne. Par ailleurs, le test à l'héparine indique une nette hypercoagulabilité ; aussi un traitement au tromexane s'impose afin d'abaisser le taux à 20 p. 100. Je suggère donc de donner 1 comprimé de tromexane par jour et de contrôler quotidiennement le taux de prothrombine et le test de tolérance à l'héparine".

5.12.53 : l'oedème a augmenté au niveau de la jambe. Il s'accompagne maintenant d'une légère douleur à l'extension de la jambe sur la cuisse et à la dorsoflexion du pied.

13.12.53 : a fait hier une métrorragie peu importante, on fait d'urgence un taux de prothrombine : 29 p. 100 : taux non alarmant. On a supprimé immédiatement le tromexane. Au point de vue phlébite amélioration très importante de l'oedème et des troubles fonctionnels. Peut commencer à se lever.

Le problème des risques opératoires à la suite de sa thrombophlébite sont évidemment augmentés et devront être l'objet d'une surveillance post-opératoire constante.

28.12.53 : Intervention. Un saignement abondant très difficile à juguler oblige à interrompre l'opération dès l'incision de la paroi. Laparotomie : veines thrombosées sous la peau. On doit surseoir et attendre un mois environ.

On ne revoit plus la malade pendant 4 ans. Puis, le 24.6.57 : admise dans le service pour cure chirurgicale de fibrome. Depuis 4 ans, ménorragies ++.

Diagnostic clinique : énorme fibrome de l'utérus.

A l'intervention : il s'agit d'un gros utérus fibromateux dans son ensemble et remontant au-dessus de l'ombilic. Les annexes sont saines mais il existe d'énormes pédicules veineux utéro-ovariens. On pratique une hystérectomie totale sans conservation annexielle, assez hémorragique du fait du saignement veineux.

Les examens pratiqués avant l'opération sont normaux. Malade hypocoagulable dans les limites des plus satisfaisantes. Bonnes suites opératoires. Bon état général. Transit normal. Bonne cicatrice, pas d'hématome sous-pariétal.

Pièces opératoires : nombreuses et volumineuses formations myomateuses dont l'examen histologique ne montre aucun aspect de malignité mais des calcifications fréquentes.

Cette observation nous montre d'une part la possibilité de 2 grossesses normales dans un utérus fibromateux. D'autre part un avortement conséquence certainement de la brusque et rapide augmentation de fibrome et enfin la thrombo-phlébite post abortum.

- IV -

ACTION DE LA GROSSESSE SUR LE FIBROME

- : -

Selon DUCUING les troubles apportés sur le fibrome par la grossesse sont peu fréquents et dit-il "il existe une opposition certaine entre la rareté des complications graves apportées par la grossesse au fibrome et la fréquence de celles qu'entraîne la gravité, sur le K.O. Avant toutefois de considérer les réactions pathologiques éventuelles" du fibrome examinons-en les réactions physiologiques.

Les fibromes étant des émanations des muscles utérins, ils suivent leur hypertrophie et leur ramollissement.

Le myome grossit comme l'utérus et dans la même proportion. Un fibrome déjà volumineux peut ainsi devenir considérable et le pelvis devenant trop étroit il s'ensuit rapidement une ascension abdominale de la tumeur (souvent déjà à la fin du 2ème mois). Les fibromes sessiles grossissent bien plus que les pédiculés. Notons que l'hypertrophie gravidique des fibromes est en général plus marquée à la première gestation qu'aux suivantes. Dans l'ensemble, il existe une bonne tolérance des gestantes qui supportent sans troubles importants des fibromes gros et multiples. Seuls les fibromes pelviens et le demeurant entraînent des compressions moins bien tolérées et BRINDEAU considère que le 4ème mois était parfois la période critique pour ces volumineux fibromes pelviens qui courent le risque d'incarcération.

Ils compriment alors dangereusement le rectum, la vessie, les uretères, les racines sacrées (d'où des douleurs intolérables). Mais, actuellement, les dangers sont considérablement diminués.

Les fibromes suivent l'hypertrophie du muscle utérin et également son ramollissement. En effet ils participent à l'imbibition gravidique. Ils sont souvent oedémateux et mollasses et généralement d'autant plus qu'ils sont plus bas situés. Cette diminution de consistance compense un peu la gêne mécanique résultant de leur augmentation de volume. D'autre part, le développement de l'utérus gravis entraîne un déplacement des fibromes qui suivent leur point d'insertion. Ce déplacement est plus marqué pour les fibromes sessiles que pour les pédicules, pour les hauts situés que pour les bas. Enfin, les fibromes sessiles s'aplatissent parfois perdant en épaisseur ce qu'ils gagnent en largeur.

Après l'accouchement, il s'ensuit une involution utérine très importante que HANON et DESSAGNE ont relatée au congrès de gynécologie de 1948. "Quand on examine les fibromyomes utérins avant et après la grossesse chez une même femme on est souvent frappé par la diminution de leur volume et ceci alors même qu'ils avaient paru augmenter pendant la gestation". On aurait même signalé quelques cas de disparition du myome. On a également assisté à une expulsion spontanée du fibrome après l'accouchement. VERMELIN (Congrès Gynécologique de 1948) rapporte un cas d'expulsion 3 mois après l'accouchement "il s'agissait d'une femme de 36 ans ayant eu trois grossesses dont deux sièges obliques ; 3 mois après l'accouchement normal on observe : écoulement sanguin devenant purulent. Température, frisson, coliques vives puis expulsion d'un fibrome. Par la suite, l'utérus est normal, petit et mobile".

Assez souvent silencieuse, l'association fibrome-grossesse peut être la source de complications au niveau du fibrome. Exceptionnellement, on observe un torsion (surtout fibrome pédiculé) une gangrène. BARTHELEMY dans sa thèse de Bordeaux en 1929 n'a pas pu relever plus de deux cas de gangrène authentique. Très rarement, aussi, il peut y avoir une suppuration, une septicémie du post partum : tel le cas de Mme P..., fibromateuse qui en 1946 accouche normalement et dont l'accouchement est suivi d'une septicémie.

Mais deux complications nous paraissent plus intéressantes : l'enclavement et la nécrobiose. L'enclavement est peut-être moins fréquent pendant la gestation. Nous en relevons un cas intéressant dans nos dossiers.

Observation n° 8 : Mme G... 38 ans 1958

Vient consulter dans le service le 4.1.58 (alors qu'elle présente une grossesse de 5 mois) pour crampes abdominales, contractions utérines et insomnies.

Antécédents obstétricaux :

1945 : fausse couche à 4 mois, spontanée
pas de curetage

1958 : grossesse actuelle

Examen clinique : palpation douloureuse.

Hauteur vaginale : 26 cm

Bruits du Coeur : + à gauche

M A : +

Toucher vaginal : col très antérieur, dur, cicatriciel. Présentation à bout de doigt.

Hospitalisation : à 15 h 45 bassin paraissant absolument bouché. Il semble ne pas exister de cul de sac AR. Celui-ci paraît

être comblé par la présentation, semble-t-il d'une tête ; utérus très tonique.

Bruits du coeur non perçus nettement.

M A : +

On fait une spasmavérine I M.

On montre la malade au Docteur ESPAGNON.

Toucher vaginal : col très antérieur sous la symphyse, dévié à gauche par une masse occupant tout le fond du vagin et le Douglas, dure peu douloureuse, fixée.

Diagnostic : fibrome enclavé ou kyste tordu ?

On fait Dolosal et Phénergan. Recherche du groupe Rh.

22 h 30 : douleur intense - utérus tonique.

3.9.58 : malade vue par Monsieur le Professeur MAYER. La morphologie et la consistance font plutôt penser à un fibrome. Il y a un accident certain dans cette tumeur. Si kyste ou fibrome il n'y a pas une indication opératoire immédiate. On aurait une indication absolue si l'oeuf était ouvert même avec une infection couverte par les antibiotiques et s'il se présentait une réaction péritonique, mais ce n'est pas évident. Il y a indication opératoire dans les 3 heures qui viennent. Faire bilan : VS, électrolytique. Bilan rénal taux de coagulation - temps de saignement - test de tolérance à l'héparine. Il n'est pas certain que l'enfant soit mort. Faire nouvel examen comparatif ce soir.

15 h : R. 875

19 h : douleur très supportable

Toucher vaginal : col petit sous la symphyse, la masse est plus tendue, plus douloureuse.

A l'exploration :

Il s'agit d'un utérus fibromateux avec un noyau AV et deux du fond. La masse perçue

dans le Douglas est constituée, par un gros noyau à base d'implantation très large, enclavée dans le Douglas. On décide de pratiquer une intervention par césarienne segmentaire transverse pour juger de l'opportunité d'une myomectomie. Mais il est impossible de conserver l'utérus devant la multiplicité et l'importance des noyaux. Hystérectomie totale avec conservation ovarienne. Drain vaginal. Antibiotiques, fermeture classique. Elle sort le 22.9.58 en bon état général.

Il est bien certain que tous les fibromes enclavée n'ont point pour corollaire l'hystérectomie mais il est certain que le pronostic en est plus grave au cours de la grossesse. L'enclavement, heureusement rare se voit nettement distancer par la nécrobiose qui est l'accident le plus fréquent en cours de gestation. Nous en verrons de nombreuses observations dans le chapitre consacré à la myomectomie. "On sait le rôle d'une irrigation déficiente dans l'ischémie du myome qui entraîne la nécrobiose" (BEGOUIN et BARDON). Il semble qu'à l'hypertrophie gravidique du fibrome ne réponde pas une augmentation suffisante de sa vascularisation.

Très souvent silencieuse, la nécrose aseptique peut se traduire par une douleur continue objectivement localisée par le palper façon élective au niveau d'un noyau fibromateux. L'atteinte de l'état général, le fébricule, le subictère sont généralement peu marqués.

- V -

DIAGNOSTIC

--

Fréquemment, et ceci est heureux, la grossesse se déroule normalement, le fibrome restant ignoré. Il peut être découvert après l'accouchement ou à l'occasion d'une autre gestation. Mais il est des cas où l'erreur se produit et le problème au début peut être complexe. En effet, s'agit-il d'un fibrome, ou s'agit-il de l'association fibrome-grossesse. Ceci se pose quand nous avons le tableau clinique suivant :

- retard des règles
- parfois métrorragies avec menace de fausse couche
- masse utérine dont le volume est irrégulier et ne correspond pas au retard des règles chez une femme relativement âgée. Souvent signes de réaction péritonéale.

D'autres fois, la femme présente un gros utérus plus ou moins régulier. On hésite entre fibrome et grossesse. Ceci avant les certitudes de grossesse, par conséquent avant 4 mois $\frac{1}{2}$. Il existe en effet des utérus fibromateux qui par leur mollesse, leur régularité, leur élargissement au niveau de l'isthme, le ramollissement du col, les contractions intermittentes en imposent pour une grossesse. Inversement l'utérus gravidé peut être dur et non contractile. Dans le cas de grossesse angulaire, il peut être irrégulier, augmenté de volume et ramolli au niveau de la corne gravidé seulement ;

le ramollissement du col fait défaut, quelques hémorragies peuvent survenir et alors on croit à un utérus fibromateux.

- parfois, le femme présente un fibrome mais on croit à une grossesse surajoutée, car il existe de jeunes fibromateuses aménorrhéiques.

- S'agit-il d'une grossesse extra-utérine ?

- S'agit-il d'une grossesse avec tumeur latéro-utérine inflammatoire d'origine salpingienne.

Il existe d'autres causes d'erreurs que nous n'envisagerons point et nous essaierons d'analyser les moyens d'éviter les erreurs de diagnostic. D'abord, on devra procéder à :

- un interrogatoire très minutieux, bien conduit et très approfondi,

- à un examen clinique détaillé et consciencieux.

Existe-t-il alors la moindre suspicion, le moindre doute. On fait pratiquer la réaction biologique de la grossesse (FRIEDMANN) dont la précision atteint 99 p. 100. BRINDEAU et HINGLAIS conseillent le dosage de l'hormone par litre de sérum qui renseignerait sur l'évolution de la grossesse d'une façon sûre. Secondairement, l'autre procédé d'investigation telle la radiographie peut donner des renseignements. Si la tumeur présente le volume d'une grossesse entre 3 mois $\frac{1}{2}$ et 4 mois $\frac{1}{2}$, une radio simple peut en effet montrer les ombres osseuses foetales visibles dès ce moment. Ces ombres sont : l'ombre du chapelet vertébral (portion cervico-dorsale), l'ombre claviculaire et les points d'ossification de la tête, celui de l'occiput principalement.

Il est un cas particulier celui du diagnostic le "ventre ouvert" à la laparotomie. Selon DUCUING, 3 cas se présentent au chirurgien angoissé :

- Dans le premier : le diagnostic de grossesse avec ou sans fibrome ne fait aucun doute ; il faut refermer le ventre.

- Dans le second cas : le diagnostic de fibrome, après quelques hésitations paraît certain, il faut continuer l'opération.

- Dans le troisième cas : l'hésitation se maintient ; il n'est question de faire ni une ponction, ni une hystérotomie exploratrice, ni une injection de post-hypophyse. Tout cela est inutile dangereux et trompeur. Il faut fermer le ventre.

D'autres fois, chez une femme enceinte, on pratique une intervention pour "une hernie étranglée de la ligne de Spiegel", par exemple, et l'on découvre avec surprise un myome.

En résumé, et on ne cessera de le répéter, devant un doute, si minime soit-il, doit-on recourir, à la manière d'un impératif aux réactions biologiques de la grossesse. Ainsi, seront évitées toutes les erreurs pouvant parfois relever de la jurisprudence médico-légale et sévèrement punies. Quand le diagnostic, de fibrome-grossesse est établi, les complications sont assez facilement reconnues.

Au début de la gestation, douleurs et pertes de sang peuvent faire penser à une menace d'avortement. Les douleurs isolées évoqueront une nécrobiose. On se fondera sur l'absence de pertes et de modifications du col et de l'isthme pour éliminer une menace de fausse couche. On se gardera des diagnostics de gangrène et de suppuration du fibrome dont on sait l'extrême rareté.

- VI -

PRONOSTIC ET CONDUITE A TENIR

- : -

Plusieurs principes doivent nous guider dans la conduite à tenir au cours d'une grossesse compliquée de fibrome. Il est certes évident que l'on ne doit point opérer systématiquement. Très fréquemment, la gestation se poursuit normalement et n'exige aucune intervention si minime soit-elle.

Nos observations portent sur 106 fibromes ayant eu une ou plusieurs grossesses et nous pouvons établir ce qui suit :

200 grossesses, dont
152 accouchements normaux à terme..

Au cours de ces 152 gestations :
10 myomectomies en cours de grossesse .

Très souvent donc, il convient de rester spectateur mais un spectateur attentif qui doit se garder de prendre une décision rapide. Le Professeur BRINDEAU rapporte à ce sujet l'observation d'une femme qui a présenté une 2ème grossesse onze ans après la première. "A l'examen, il trouve 3 fibromes : 1 de la grosseur d'une orange à droite et à côté de l'isthme, un près du fond utérin et un troisième en arrière et en bas, ces fibromes étaient dystociques. La malade a été vue à sa 7ème semaine de grossesse et a accouché à terme dans des conditions normales". On doit savoir attendre, patienter et pendant ce laps de temps, il faut s'efforcer de tranquiliser la malade, lui inspirer con-

fiance en un mot, faire un peu de psychothérapie. Reconnaissons que beaucoup de manifestations de l'association fibrome-grossesse sont plus impressionnantes que graves et le sang froid est facile à garder pour celui qui sait. Les abstentionnistes doivent l'emporter et l'emportent sur les interventionnistes dont le règne s'estompe un peu plus chaque jour.

Tout au long de la grossesse, l'albumine, la tension, l'urée et même la formule sanguine seront l'objet d'une surveillance étroite. On recherchera les oedèmes, les varices et la pesée sera régulière. A la moindre alerte on se doit d'instituer un traitement médical.

En premier lieu : le repos au lit, avec des calmants, des décongestifs pelviens, l'administration d'hormones. A tout prix, la gestante doit éviter les traumatismes. Il faut soigner l'état général et surveiller la constipation. Tout ceci jusqu'à 4 mois $\frac{1}{2}$. A partir de 6 mois, on doit augmenter les précautions. La menace de phlébite peut amener à instituer un traitement destiné à diminuer la viscosité sanguine. La gestation arrivée à son terme, le problème est plus délicat et il faut alors être plus circonspect quand survient l'accouchement proprement dit. Plusieurs cas se présentent à nous, à la période du travail :

- Premier cas : le fibrome est abdominal, le plus souvent on s'abstient. Toutefois, les anomalies de la contracture peuvent nécessiter une intervention (forceps si la dilatation est complète et même césarienne s'il n'y a pas de dilatation).

- Deuxième cas : le fibrome est pelvien.

Lorsque le fibrome est connu, s'il est

resté praevia, ont peut hésiter avant tout début de travail entre une intervention de propos délibéré (qui sera peut-être inutile) et une épreuve très courte de travail (car on peut avoir d'heureuses surprises). Mais s'il s'agit d'une primipare âgée, d'une présentation irrégulière d'un fibrome postérieur, il vaut mieux intervenir systématiquement. Quand le fibrome est nettement praevia il ne faut tenter ni version, ni forceps (observation n° 6). Dans le service, il est fréquemment procédé à une césarienne segmentaire suivie de myomactomie. On doit rejeter toutes les méthodes d'ablation du fibrome par voie vaginale.

Pendant la délivrance et les suites de couches, les accidents sont banaux et seront traités par les moyens obstétricaux habituels. Toutefois, notons la révision utérine systématique pratiquée dans le service. D'autre part, il faudra envisager l'hystérectomie en cas d'impossibilité matérielle grave de la délivrance ou d'accidents infectieux secondaires résistant au traitement général, dont la fréquence n'est pas supérieure à celle observée chez les gestantes non porteuses de fibromes.

En résumé, nous pouvons conclure en affirmant que l'association fibrome-grossesse n'est point dramatique. Sans tomber dans un excès d'optimisme, il faut proclamer que l'évolution de la gestation ne doit plus être considérée comme un danger grave pour la vie de la mère et ce n'est pas, dit CHASTRUSSE "être trop ambitieux que de se fixer comme objectif la conservation de l'enfant et celle de l'utérus".

Il existe certes des complications qui dans le passé constituaient le désespoir

des accoucheurs ; mais actuellement, la myomectomie opération conservatrice dont l'ère antibiotique a confirmé la sécurité, permet les espoirs les plus grands.

- VII -

MYOMECTOMIES ET GROSSESSES

-:-

MYOMECTOMIE : Historique

Monsieur MERGER traite dans la Semaine des Hôpitaux de juillet 1950 "de la myomectomie en France dans le traitement des fibromes, son évolution historique, ses possibilités et ses limites. Les polymyomectomies". Nous nous rendons compte en lisant certaines parties de l'article que cette opération conservatrice idéale eut du mal à faire du chemin.

Pourtant déjà, en 1878, MARTIN l'avait pratiquée. Mais, en 1922, GOUILLOUD, ardent protagoniste en rapportait seulement 104 cas. En 1924, TIXIER relevait le chiffre ridicule de 467 myomectomies sur 11502 interventions soit 4 p. 100 environ. Certes le temps n'était plus où T. MOORE-MADDEN pouvait dire à son propos "qu'elle est plutôt destinée à enlever la malade à sa tumeur que la tumeur à la malade" (congrès de Rome de 1894). Avant TIXIER, la myomectomie avait trouvé d'ardents défenseurs en la personne de MARTIN, TUFFIER, GOUILLOUD, GILES et MAYO.

"La chirurgie conservatrice doit tendre de plus en plus par la pratique mieux réalisée de la myomectomie à sauver la femme de toute mutilation anatomique et fonctionnelle". Telle fut la conclusion de TIXIER au Congrès

de 1924, au cours duquel avec LABEY il pré-senta la charte classique de la myomectomie.

Résumons-en brièvement les indications :

1) Elles peuvent être physiologiques ou sociales "La conservation anatomique de l'appareil utéro-annexiel ne doit être tentée que lorsque cet appareil fonctionne encore et doit être réservée à la période active de la vie génitale..., la myomectomie ne sera indiquée d'une façon générale que chez les femmes jeunes, au-dessous de 40 ans.

2° Il y a des indications et des contre-indications anatomiques ; s'ils admettent une myomectomie pour un myome pédiculé ou même sessile, ils rejettent systématiquement toute intervention conservatrice pour un myome mou, violacé, liquescent. Le volume de la tumeur les trouve moins restrictifs. Plus discutable pour eux est le nombre. "Il semble que la multiplicité des noyaux fibreux doive faire renoncer à l'énucléation car bien souvent, l'utérus est réduit à ce qu'on a à juste titre appelé la logue utérine".

La situation toute particulière des myomes de l'isthme et des cornes les retient ; citons-les : "Ceux des cornes, par la compression qu'ils exercent sur la portion interstitielle de la trompe peuvent être le point de départ de complications du côté de cet organe (hydrosalpinx, grossesse extra-utérine). D'autre part, il faut savoir que, après énucléation d'un noyau situé à ce niveau, l'obturation de la cavité résultant de cette énucléation, peut précisément rétrécir et oblitérer la lumière de la trompe et il peut être alors nécessaire de sacrifier les annexes correspondantes".

" Ceux de l'isthme bas-situés et inter-ligamentaires" : leur ablation lorsqu'ils sont volumineux, peut présenter de réelles difficultés du fait des adhérences avec les organes voisins, vessie, utérus, uretère mais surtout des hémorragies auxquelles peuvent donner lieu les énormes veines qui les entourent, une hystérectomie par ligature méthodique des pédicules vasculaires, vient beaucoup plus facilement à bout de l'écoulement sanguin". D'après eux également, les lésions concomitantes elles aussi peuvent contre-indiquer la conservation. "Bien entendu, en dehors du cas du K du col ou du corps, la métrite chronique invétérée, l'état des annexes lui aussi est souvent un obstacle à la conservation".

On pourrait nous objecter que ce sont là des notions vieilles de 20 ans, mais nous les retrouvons chez FORGUE dans son précis de pathologie (1939) qui fait de la myomectomie "une intervention chez la femme éloignée de la ménopause applicable à 1 corps fibreux unique à noyaux peu nombreux".

On ne pouvait donc dire jusque-là que la myomectomie eût vraiment gagné la partie en France. On préférerait encore la traditionnelle hystérectomie. Peut-être également, existait-il une certaine appréhension. Après BRINDEAU, c'est l'Ecole Lyonnaise qui a poussé au maximum les indications de la myomectomie puisque le Professeur COTTE, puis le Professeur POLLOSSON arrivent dans une statistique personnelle au pourcentage de 65 p. 100 de myomectomies.

En 1933, COTTE écrivait : "Puisque la myomectomie permet d'éviter les troubles anatomiques ou fonctionnels consécutifs à la castration, il faut s'appliquer à la pratiquer

dans tous les cas où, sans faire courir des risques inutiles à la malade, elle peut être correctement appliquée. Ici comme dans les grands traumatismes du membre, il faut savoir mettre à profit les ressources de la chirurgie conservatrice en réservant, l'amputation aux seuls cas où les lésions sont telles que la conservation serait inutile ou dangereuse.

"Je suis d'ailleurs persuadé que plus nous irons, plus l'éducation des intéressées se poursuivra et que ce sont elles-mêmes qui insisteront auprès du chirurgien pour qu'on ne les castré pas". "Et ceux qui viennent après nous, grâce aux progrès réalisés dans le domaine biologique sauront exactement les désordres occasionnés à distance par la castration, leur retentissement, sur les glandes endocrines sur l'hypophyse en particulier, ils auront peine à comprendre que les chirurgiens ne se soient jamais inquiétés de cela et qu'ils n'aient pas eu recours plus volontiers et plus souvent à des interventions plus physiologiques et plus conservatrices". Plus récemment encore deux gynécologues étrangers de haute envergure, le Professeur LOUROS d'Athènes et le Professeur RUBIN de New-York ont présenté à l'hôpital Broca la défense de la myomectomie. De tout ce qui précède, il semble donc que cette opération semble procédé de choix, d'autant plus idéale que l'affection atteint des femmes jeunes qui conservent leur potentiel de maternité. Bien mieux, elle peut à elle seule, réaliser le traitement d'une stérilité dont le myome était responsable. Malgré tout ce ne peut être un procédé universel et il existe incontestablement des avantages et des inconvénients.

En nous aidant, d'une part des dossiers

mis à notre disposition dans le service de Monsieur le Professeur MAYER et d'autre part des arguments et statistiques tirés de certains ouvrages, nous examinerons brièvement l'âge moyen pour cette opération, sa fréquence, ses inconvénients, ses avantages en dehors de la grossesse. Puis, nous examinerons les possibilités de grossesse et ses indications au cours de la gestation.

AGE :

3	avant	30 ans, dont 1 cas de 25 ans
22	entre	30 et 40 ans,
7	après	40 ans dont 1 cas à 51 ans.

Mais l'âge idéal reste entre 30 et 40 ans.

FREQUENCE :

51 myomectomies sur 109 opératoires, soit 42 p. 100.

Indications tirées du nombre des fibromes

6	myomectomies portant sur 1 fibrome,
13	2 fibromes,
3	3
4	4
2	5
2	6

Le nombre de fibromes ne constitue donc pas une contre-indication. Monsieur MERGER rapporte qu'il a pu enlever 19 myomes, DAVIDS : 80, BONNEY : 225. Dans tous les cas, l'utérus a pu être reconstitué d'une façon satisfaisante et des hystérogaphies ont montré que la cavité utérine reprenait une forme sensiblement normale.

Selon CHALIER, les utérus polyfibromateux débarrassés de noyaux multiples doivent être mal préparés à la nidation de l'oeuf". Il

D'autre part, l'endométriiose tubaire est plus particulièrement associée avec des myomes multiples qu'avec des myomes solitaires. Ces faits expliqueraient pourquoi l'extirpation du myome, n'apporte pas la guérison de la stérilité dans tous les cas. "En résumé, dans l'avenir, en effectuant une myomectomie il faut tenir compte d'une endométriiose possible".

2) La néoplasie en un point quelconque de l'appareil génital. Quand une ou plusieurs tumeurs donnent l'impression de malignité au moment de l'acte opératoire, il y a lieu de pratiquer une hystérectomie.

Dans le service de Monsieur le Professeur MAYER, sur 51 myomectomies pratiquées, aucun cas de cancer ne fut observé.

3) La présence de lésions annexielles étendues.

Voyons-en maintenant les inconvénients.

Avant tout, les suites opératoires : sans doute, quelque minutie qu'on apporte au capitonnage de la poche et à la péritonisation, l'hémostase parfaite n'est pas toujours obtenue et de plus, quelques épisodes fébriles plus ou moins longs peuvent être observés. Sur nos 51 myomectomies, nous notons 2 petits hématomes et une suite fébrile longue. Naturellement toutes les précautions sont prises. Les infections sont évitées par introduction intra-péritonéale de 1 million de pénicilline et 1 g de streptomycine. Parfois, il se produit un léger suintement efficacement combattu par l'application de thrombase.

A côté de ces complications secondaires, il existe des thromboses veineuses et des

embolies observées d'ailleurs aussi bien après hystérectomies. Si nous nous inspirons des statistiques de la clinique Tarnier, nous constatons :

Suites opératoires

1941 - 1945 thrombose 1946 - 1948

hystérectomie	10 %	hystérectomie	0
myomectomie	0	myomectomie	5 %

La mortalité dans notre service est nulle en 5 ans. Sur 1150 opérations (30 ans), DAVIDS au Mont Sinai Hospital a eu 10 morts, soit 0,86 p. 100 ; BONNEY sur 487 a eu 1,3 p. 100 de mortalité ; FINN et MUELLER au New-York Hospital, sur 432 interventions n'ont point eu de mortalité.

L'inconvénient majeur serait la récurrence :
Les récurrences sont rares après myomectomie. Elles dépendent de plusieurs facteurs :

1° - L'âge de la malade au moment où la myomectomie a été faite. La récurrence est d'autant plus fréquente que la femme est plus jeune.

2° - Elles dépendent du soin apporté à l'intervention au cours de laquelle tous les petits noyaux doivent être soigneusement enlevés. I.C. RUBIN pense que les fibromes qui ont été extraits ne laissent jamais de restes à partir desquels d'autres fibromes peuvent se développer. "Dans pratiquement tous les cas, on peut dire avec assurance que les récurrences consistent en fibromes qui étaient présents au moment de l'intervention mais qui ont échappé à l'examen ou qui ont été vus, mais non extraits pour une raison ou pour une autre".

Sur nos 58 dossiers d'hystérectomies, on

constate 2 opérations pour récidives de fibromes. En ce qui concerne la suite de nos 51 myomectomies, il nous est difficile d'établir des statistiques, le recul étant insuffisant et le contact perdu avec nos opérées. Nous avons pu en joindre 10 ; parmi elles, 4 suivent régulièrement la consultation.

- 6 jouissent d'une excellente santé.
- 3 présentent des varices importantes, et des règles très abondantes.
- 1 a présenté une récidive : Mme I.. 41 ans, opérée en 1954.

Donc, 1 récidive sur 10 soit 10 p. 100 si toutefois il est permis d'établir une statistique sur ce nombre si restreint.

GOULLIOUD signale 8,47 p. 100 de récidives. COTTE dit qu'il n'a été obligé de réintervenir que 3 fois sur 197 cas. Ceci ne fait que 1,5 p. 100 des cas. DAVIDS a eu 5 p. 100 de récidives. BONNEY : 3 p. 100. FINN : 12 p. 100. BROCCQ et VARANGOT rapportent une statistique de COUNSELLER et BEDARD faisant état de 20 p. 100 de récidives sur 523 myomectomies. WILLIAM MAYO : 2 p. 100 seulement des cas ont subi une hystérectomie par la suite et 60 p. 100 d'entre eux n'ont pas eu de récidives qui ont nécessité une autre intervention au bout de 10 ans.

Nous voyons donc que, les récidives sont peu fréquentes et se produisent-elles, la myomectomie a tout de même permis 10 ans en plus de vie génitale, et en plus, point capital, elle a permis des grossesses. Ceci, nous conduit naturellement aux possibilités de grossesse chez les femmes myomectomisées.

Myomectomies et grossesses : L'indication de la myomectomie ne se pose pas si la stérilité relève d'une cause indépendante du fibrome, ou s'il s'agit d'une multipare qui ne désire

plus d'enfants. Mais dans tous les autres cas, cette intervention vaginale ou abdominale respecte la fonction de reproduction (TIXIER : 19 grossesses sur 103 opérées, GOUILLOUD : 15 sur 18, LANDAU : 2 sur 50, MAYO : 43 sur 504, 192 cas de grossesses sur 2916 myomectomies réunies dans le rapport de MASSABIAU et GUIBAL en 1933, soit près de 6 p. 100. Elle peut, la myomectomie être considérée ainsi que le dit COUVELLAIRE comme une "excellente opération". Cette méthode prévaut de beaucoup à notre avis sur la radiothérapie et la curiethérapie qui rendent la conception quasi exceptionnelle. Bien sûr nous constatons que les statistiques citées ci-dessus ne sont pas toujours très favorables aux grossesses ultérieures. Qui sait, pense DUCUING si un certain nombre de femmes myomectomisées n'auraient pas eu d'enfants sans opération et ceci dit-il permet de réduire un peu le pourcentage de grossesses qu'on attribue en général à la myomectomie. En outre, MASSABIAU et GUIBAL déclarent que sur toutes ces statistiques "le nombre des enfants vivants est évalué par BENOIT-GENIN à cent".

Bien que l'on puisse objecter que le rapport de MASSABIAU et GUIBAL date de 20 ans environ, mais l'intervention de MOCQUOT et ROUHIER date de juin 1943 et elle n'est guère favorable à la myomectomie, il n'en reste pas pourtant moins vrai que COTTE donne une statistique magnifique.

Plus près de nous, suivant A. LETESSIER, le pourcentage de grossesses survenues après intervention chez les femmes qui désiraient une maternité est de l'ordre de 30 à 50 p. 100.

FINN et MULLER sur 44 femmes opérées pour

stérilité obtiennent 15 grossesses, soit 36 p. 100 ; sur 27 femmes opérées pour avortements à répétition, ils obtiennent 18 grossesses soit 66 p. 100. Au total, sur 274 femmes opérées, ils obtiennent 80 grossesses.

Dans nos dossiers, nous notons une grossesse chez une femme de 36 ans stérile avant myomectomie. Il s'agissait d'un très gros fibrome. Nous exposerons surtout ce cas qui est très intéressant.

Observation 9 : Madame D...

Mme D.. est envoyée par le Docteur CELESTE pour stérilité primaire, oligoménorrhée, dysménorrhée et syndrome prémenstruel.

Antécédents : rien à signaler. Pas d'enfants, pas de fausses couches. A l'entrée dans le service, on découvre l'existence d'un fibrome et d'un kyste de l'ovaire droit.

Compte rendu opératoire : myomectomie et résection du kyste ovarien droit ; Il s'agit d'un gros fibrome de la taille d'un pamplemousse, développé au dépens de la paroi AR. Il occupe le Douglas. L'extériorisation en est impossible. L'utérus est refoulé en AV. On distingue la face antérieure et le départ des ligaments ronds.

D'autre part, il existe une réaction péritonéale importante en arrière de la masse et au niveau du pavillon des 2 trompes et des 2 ovaires qui sont enfermés dans les adhérences.

La myomectomie est difficile et hémorragique. Le plan de clivage est difficile. Après l'ablation la paroi AR est ouverte sur presque toute son étendue, le fibrome venait faire

jour dans la cavité.

1) On la reconstitue par un premier plan muqueux difficile à reconstituer dans sa partie gauche, 2 plans musculaires (très faible épaisseur) au catgut 1. Péritonisation avec spongel, thrombase et pénicilline, hématome sous-péritonéal.

2) Ablation des adhérences entourant les annexes, mise à nu des 2 pavillons et des ovaires. Ablation d'un kyste de l'ovaire droit pédiculé. Le reste de l'ovaire est polykystique mais il y a un corps jaune ; l'ovaire gauche est normal.

3) Fermeture classique sans drainage.

Conclusion : la myomectomie qui a ouvert la cavité utérine a porté sur la région la plus vulnérable, c'est à dire le fond utérin et la région de la corne droite. On pense qu'une grossesse si elle intervenait serait difficile ; l'intervention a lieu en mai 1958 et un an après, Mme D.. est enceinte. Le déroulement de la grossesse est parfaitement normal ; mais l'accouchement sera fait systématiquement par césarienne.

Cette observation nous montre qu'une myomectomie extrêmement difficile, ne laissant presque aucune chance de fécondation, est suivie chez cette femme stérile d'une grossesse dont l'évolution est bonne.

Monsieur MERGER cite le cas d'une malade qui devint enceinte après 15 myomectomies ; il y avait un très gros myome du fond, un identique du bord gauche.

I.C. RUBIN, dans 73 cas personnels, où la stérilité était associée aux fibromes et où la myomectomie a été effectuée, la grossesse s'est produite chez 21 d'entre eux, soit

28,8 Pp. 100. Il y eut 5 fausses couches, une des femmes avait une grossesse ectopique, 15 ont eu des enfants à terme (il y a eu 4 césariennes).

DICKINSON, en citant des chiffres relatifs à la myomectomie déclare que ENGSTROM a guéri la stérilité dans 26,4 p. 100 des cas, ESSEN MOLLER dans 10 p. 100 des cas, HUNTER dans 25 p. 100 des cas. En ce qui concerne la grossesse les résultats dépendent dans une large mesure de l'âge du couple, de la durée du mariage. Il faut ajouter le rôle des altérations pathologiques des annexes et du procédé utilisé. Il va sans dire et nous l'avons déjà signalé que les facteurs concernant le mari, doivent également être examinés comme toute recherche dans la stérilité conjugale.

En plus, d'une cause endocrinienne commune à la stérilité et au fibrome, l'hyperoestrogénie, les fibromes sont-ils mécaniquement par leur présence cause de stérilité ? L'amélioration de la fécondité incontestablement obtenue par myomectomie tendrait à le prouver. Nous nous devons de répéter que la myomectomie est une opération excellente et de choix car si quelquefois la grossesse ne suit pas, elle préserve intégralement les organes et leur physiologie. Même l'âge de la femme ne doit pas toujours entrer en ligne de compte car on ne sait où arrêter la jeunesse ; et nous pensons comme le Professeur BROCC qui dit :

"La vie génitale complète de la femme n'est pas si longue qu'on sacrifie les années qui la séparent de la ménopause ; 30 ou 35 ans de vie génitale complète ; à 40 elle en a encore 10 et peut-être les meilleures".

Sur ce chapitre concluons donc en disant que de toute manière, chez une femme désireuse de maternité et en dehors de toute contre-indication formelle, la myomectomie doit être tentée même si elle ne devait point être suivie de grossesse.

o

Myomectomie au cours de la grossesse :

La vieille règle classique suivant laquelle lorsque la grossesse survient dans un utérus fibromateux, l'expectative doit être généralement gardée, reste toujours aussi vraie. Cette notion fondamentale "étant rappelée, l'indication d'opérer peut se présenter pendant la gestation, pendant le travail et pendant les suites de couches.

Observation n° 10 : Mme A... 39 ans

Examinée le 17.3.55

T V : utérus anteversé, masse dure sensible dans le cul de sac gauche. Vraisemblablement il s'agit d'un fibrome.

Grossesse de 3 mois, d'après les D R (3.12.54). L'accouchement est prévu pour septembre 55.

Intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale. Il existe en effet un fibrome de la taille d'une orange développé au dépens de la partie supérieure du bord gauche de l'utérus et intra-ligamentaire ; l'utérus est volumineux. Il semble exister un petit fibrome sous-muqueux non visible mais décelé par la palpation. On pratique la myomectomie du volumineux fibrome pédiculé. L'hémostase se fait sans difficulté. Péri-tonisation, paroi en 4 plans.

Suites opératoires : bonnes. La grossesse se déroule sans difficultés ainsi que l'ac-

couchement. Une révision systématique est pratiquée.

En conclusion, après myomectomie : GN - ANT. Enfant du sexe féminin : 3010 g, 50 cm, délivrance artificielle, travail IOH 5, dilatation 8H 30, expulsion 50'.

Observation n° 11 : Mme P... 31 ans 1955

Il s'agit d'une patiente primipare suivie depuis le 2ème mois de sa grossesse dans le service. Elle présente depuis 8 jours des phénomènes très douloureux abdominaux non atténués par le traitement médical. Persistance d'une tendance syncopale en dépit des moyens habituels.

TV : Aux examens précédents l'utérus gravide apparaissait comme normal ; à la date du 27 juin 1955, l'état morphologique est totalement modifié ; on sent :

1° - sous la paroi abdominale AV à droite de l'ombilic, une masse régulière, relativement molle, donnant l'impression du corps utérin.

2° - En Ar et dans le Douglas, une volumineuse masse irrégulière et molle dont l'exploration est douloureuse.

Diagnostic : Soit une G E U méconnue jusqu'alors, soit une grossesse utérine plus une tumeur génitale à développement rapide.

Intervention le 28 juin 1955 : incision de Pfannenstiel ; cavité péritonéale libre pas d'épanchement. Il s'agit d'un volumineux fibrome imbriqué dans la paroi AV de l'utérus du volume d'une orange. L'utérus gravide est par derrière ; il est régulier, basculé en AR par le myome. Contrôle de la localisation de l'utérus par le repérage de l'orifice des trompes.

Fibrome très œdématié. Myomectomie avec décollement facile de l'espace de clivage. Après énucléation la couche profonde de la musculuse forme une saillie soulevée par l'oeuf.

Fermeture par capitonnage en plans successifs. Puis couverture par plan séro-musculaire. Antibiotiques dans la cavité péritonéale. Fermeture en 4 plans avec drainage filiforme sous-aponévrotique. Suites bonnes - ANT - Révision utérine systématique.

Observation n° 12 : Mme M... 25 ans de la
Martinique.

Grossesse de 4 mois $\frac{1}{2}$, associée a un fibrome. Entre dans le service pour douleurs abdominales violentes.

Examen d'entrée le 9.10.56

TV : col fermé, corps en rapport avec la grossesse culs de sacs libres.

Face AV : masse de la taille d'une mandarine dure, indolore, bien limitée, base d'implantation large.

Par ailleurs : H V : 23 cm

M A : +

B d C : +

dos à droite, tête en bas.

Examen général : Coeur : R A S

T A : 10 - 6

Pouls : 80

Foie, poumons, ggs : RAS

Pas d'appendicectomie.

Notons une V S augmentée : I H : 35 mm

2 H : 70 mm

20.11.56 : diagnostic, myome en voie de nécrobiose chez une femme enceinte de 5 mois.

Intervention : médiane sus-pubienne. Il s'agit d'un myome, solitaire de la paroi AV de la partie basse du corps de l'utérus, de la taille d'une clémentine ; myome sous-séreux non pédiculé de coloration peu nette, myomectomie facile n'entamant pas l'épaisseur du myomètre. La vascularisation du fibrome est très pauvre. Capitonnage au catgut chromé. Un 2ème plan de catgut sur la séromusculaire. Paroi en 3 plans.

28.11.56 : état satisfaisant, sortie.

B d C + MA +

La grossesse suit normalement son cours, disparition des douleurs ; ANT ; révision utérine systématique.

Observation n° 13 : Mme A... Louise, 40 ans

Découverte d'un fibromyome pédiculé lors d'une grossesse de 2 mois ½ ; intervention décidée après examen pour polype de l'endocol.

Antécédents : règles à 13 ans, 24 jours, 5 jours, douloureuses.

1940 : GN - ANT - garçon : 3 kg 500

1955 : Grossesse actuelle, DR : 20.10.54

Diagnostic clinique de fibrome douloureux chez une femme enceinte de 3 mois.

Compte rendu opératoire : laparotomie médiane. Il existe un fibrome de la taille d'une mandarine, pédiculé mais à base d'implantation large ; fibrome unique pour lequel on fait une myomectomie. La paroi utérine proprement dite, est à peine entamée et il suffit de 2 plans de capitonnage au catgut 1, pour fermer la brèche. On vérifie les annexes. A gauche, la trompe est encapuchonnée et le pavillon est rendu libre. L'ovaire gauche est petit, paraissant peu fonctionnel.

A droite au contraire, la trompe est entourée de quelques voiles membraneux simples. Le pavillon est visible ; l'ovaire est porteur d'un corps jaune de la taille d'une cerise, presque oedémateux. D'autre part le palper de l'utérus ne montre aucun autre myome.

Pièce opératoire : la section du myome montre un oedème du tissu et un aspect lilas à la partie centrale ; petite nécrobiose.

Suites opératoires : satisfaisantes, la grossesse se déroula parfaitement ; ANT - Révision utérine systématique.

Observation n° 14 : Mme B... 31 ans

Elle est examinée dans le service le 11.7.55, d'après ses DR elle présente une grossesse de 2 mois ; l'accouchement est prévu pour le 25.1.56.

Antécédents : puberté à 12 ans, règles peu abondantes, 24 jours - 3 jours.

1954 : 1ère grossesse : Ant. Forceps pour modifications des B d C ; épisiotomie, garçon de 3 kg 280 D N - SdCN.

29.5.55 : utérus gravide de 2 m $\frac{1}{2}$. Volumineux myome aussi gros que l'utérus.

11.7.55 : grossesse bien supportée. Le myome a augmenté rapidement de volume. Pas de signes fonctionnels.

TV : utérus gros comme un pamplemoussé.

Col : Ar et cicatriciel, fermé.

Masse latéro-utérine droite un peu plus volumineuse que l'utérus, dure, irrégulière.

Diagnostic clinique : myomes multiples de l'utérus chez une femme enceinte de 3 mois.

Compte rendu opératoire : il existe un myome du fond pédiculé de la taille d'une grosse paire et un 2ème bord droit du seg-

ment inférieur également pédiculé ; myomec-
tomie sans atteinte de l'épaisseur même du
myomètre. L'hémostase du premier fibrome
est assez difficile et satisfaisante pour
le 2ème. Paroi en 3 plans.

Suites opératoires : bonnes ANT RV

Observation n° 15 : Mme Ba... 33 ans

Il s'agit d'une malade enceinte de 3 mois,
D R : 12-16 mars 1954 présentant une masse
abdominale volumineuse.

Antécédents : puberté à 14 ans,
règles tous les 16 jours,
durant 4 jours douloureuses, régulières, a-
bondantes.

1946 : G N ANT S d c N garçon 3 kg 470

Le 26.6.54 : examinée par Monsieur le
Professeur MAYER :

- abdomen souple,
- paroi adipeuse
- utérus gravide.

Mas e appendue à la corne gauche séparée
par un sillon. Mais la mobilisation de la
masse entraîne sans réserve celle de l'uté-
rus ; et même constatation en déclive ;
cette masse a la grosseur d'une très grosse
orange, en position médiane dure.

Faire une N G - F S

Le 28.6.54 : Vertiges ++

TV : col fermé - dur

Palper : douleur au niveau du
fond utérin. Pertes de sang noirâtre depuis
3 jours.

Traitement : K-thrombyl, adrénoxyl, 2 sup-
positoires de papavérine. Le TC est 7'30.

Le 29.6.54 : hospitalisation. Examens
pré-opératoires.

4.7.54 : à l'ouverture du péritoine, il existe une grossesse de 4 mois, un fibrome largement pédiculé, tordu sur son axe, fortement adhérent à l'épiploon.

Ablation du fibrome ; hémostase. Paroi en 4 plans. Pénicilline, streptomycine intra-péritonéale.

Pièce opératoire : à l'ouverture de la pièce, il s'agit d'un fibrome en voie de nécrobiose dans la moitié de son étendue. Fibrome avec légère infiltration de leucocytes, début d'oedème.

Suites opératoires : petit hématome infecté au 3ème jour. Assèchement aux antibiotiques, suites bonnes.

Suite de la grossesse après la myomectomie.

7 mois $\frac{1}{2}$: H U : 31 cm

Dos à droite, tête en bas mobile, B d C + MA +

TV : col long, légèrement ouvert à l'O E ; position normale.

Corps : on sent la présentation céphalique haute mobile.

C d S : rien à signaler , bassin normal.

Accouchement normal à terme : engagement : O I D P, Dégagement en : O P.

Fille de 4 kg. Délivrance naturelle complète : 810 g. R U systématique, révélant une paroi et un tissu cicatriciel en bon état ; pas de myomes perçus. Pas de déhiscence ; hémorragie physiologique, périnée intact.

Durée du travail : 5 heures, durée de l'expulsion : $\frac{1}{2}$ heure.

Nouvelle grossesse 3 ans après : G N - ANT - SdcN - Pas de nouveau fibrome.

Observation n° 16 : Mme L... 31 ans

Antécédents : puberté à 12 ans $\frac{1}{2}$, règles
28 jours - 8 jours abondantes.

Janvier 1955 : ablation d'un volumineux
kyste de l'ovaire et myomectomie chez une
patiente enceinte de 2 mois.

Suites après myomectomie :

8 mois $\frac{1}{2}$: H U : 32 cm

Tête en bas

Dos a droite - B d C + - MA +

TV : col court, fermé.

A terme : R A S.

Accouchement : application du forceps
Tarnier, chez une primipare de 31 ans pour
liquide teinté et modification des B à C.
Prise en O I D T, descente rotation O P
Episiotomie latérale droite, préventive,
extraction d'un enfant de 4 kg 220,53 cm.
Délivrance naturelle et complète : 780 g.
R U : systématique pour vérification de
l'intégrité de la cavité utérine ; réfec-
tion de l'épisiotomie.

T A : 10.- 5, Pouls : 88

1 million d'Unités de pénicilline, 1 g
de streptomycine.

Observation 17 - 18 : Mme D... 30 ans

Grossesse 3 mois et myomectomie

Mme RA...

Grossesse 6 mois et myomectomie

Rappelons l'observation n° 8 (1ère partie)
grossesse de 5 mois et fibrome enclavé se
terminant par une hystérectomie.

Observation n° 19 : Mme GO... 35 ans

Fibrome en nécrobiose chez une femme en-

ceinte de 5 mois.

Examen d'entrée le 15.6.59 : vient pour menace d'avortement (utérus myomateux connu) Il s'agit d'une 2ème geste. Présente douleurs spontanées et contractions utérines.

Le 17.6.59 : persistance des douleurs - fièvre à 37°7 pouls à 120, examens pré-opératoires en particulier V S.

A l'examen : augmentation importante des fibromes. On décide d'intervenir.

Diagnostic : fibrome en nécrobiose chez une gestante de 5 mois.

Compte rendu opératoire :

Médiane sus-pubienne débordant, à gauche, l'ombilic. Il existe du liquide citrin dans le péritoine. L'exploration montre de nombreux fibromyomes disséminés sur la face AV, le fond et le bord droit. Le fibrome le plus volumineux de la face AV est gros comme un poing et est en nécrobiose très avancée. On fait 3 myomectomies et l'on suture suivant la technique de Lauros. L'hémorragie importante au début cède en fin d'intervention. On laisse volontairement en place le fibrome non nécrobiosé du bord droit de la taille d'un pois. On n'a pas extériorisé l'utérus les annexes sont saines, paroi en 2 plans au nylon.

Pénicilline, streptomycine, papavérine, lutogyl.

Suites opératoires : pas de complications, plus de douleurs au 3ème jour, excellentes suites.

Observations consacrées à des myomectomies en fin de grossesse au cours du travail, précédées de césariennes.

ANNEE 1948 : 1 seule césarienne pour fi-

brome (voir observation n° 6 première partie).

ANNEE 1953 : sur 66 césariennes, une seule pour fibrome.

Observation n° 20 : Mme R... 41 ans

Grossesse normale, césarienne + myomectomie, myome pédiculé de la grosseur d'une mandarine. Il s'agit d'une cardiopathie avec une tension à 17 - 10.

ANNEE 1954 : sur 56 césariennes une seule pour fibrome (voir observation n° 4 de la première partie)

ANNEE 1955 : sur 68 césariennes, une seule pour fibrome (voir observation n° 5 de la première partie).

De toutes ces observations, nous pourrions tirer les constatations suivantes et dans un ordre bien établi, à savoir myomectomie au cours de la grossesse, puis au cours du travail.

Indications de la myomectomie au cours de la grossesse.

Les indications en sont rares, car comme nous l'avons dit le fibrome se ramollit, se lamine et remonte, il se complique rarement. Dans 90 p. 100 des cas, nous trouvons la nécrobiose à l'origine de la myomectomie en cours de gestation dans le service de Monsieur MAYER. Il faut souligner à ce propos que l'intervention devient nécessaire et obligatoire, qu'elle s'impose quand un traitement médical ne parvient pas à atténuer les douleurs très sévères de la parturiente. Les examens pré-opératoires et en

particulier la V S sont un guide assez sûr.

Outre la nécrobiose nous notons un cas d'enclavement du fibrome, deux augmentations brutales et une torsion de la tumeur.

Evolution de la grossesse après myomectomie

L'évolution ne semble pas perturbée et nous n'avons rien eu à déplorer.

- les auteurs américains, dans leurs statistiques, donnent une proportion de 20 p. 100 d'avortements.

- HAMPT, cité par COTTE et MAGNIN, sur 50 myomectomies chez des femmes âgées de moins de 41 ans a vu évoluer 13 grossesses à terme et n'a eu à déplorer que deux avortements et une G E U.

- MAHON et CHASTRUSSE ont eu 85 p. 100 de grossesses à évolution normale après myomectomie.

- BENOIT-GONIN sur 67 cas de grossesse après myomectomie, constatait que chez 87 p. 100 de ces femmes, la grossesse allait à terme et Monsieur BRINDEAU a pu écrire : "En général, il semble que la cicatrice qui résulte de la myomectomie ne soit pas très dangereuse pour l'évolution d'une future grossesse".

Période d'élection pour l'intervention

Pour Monsieur MAYER, il semble que la date de réusite optimale se situe entre le 3ème et le 5ème mois (un seul cas à 6 mois) et bien sûr à terme quand le fibrome est praevia.

En effet, à cette époque, nous avons des

avantages :

- Avortement moins à redouter que dans une grossesse plus jeune. La grossesse étant à cette époque (3 à 5 mois) bien consolidée.

- L'état général de la malade est peu altéré surtout si on n'attend pas trop longtemps pour intervenir.

- L'opération est plus simple et peut s'effectuer rapidement. L'utérus n'est pas très volumineux et facile à explorer et bien dégagé du pelvis.

- Lorsque la grossesse est à son début l'interruption après myomectomie est plus fréquente. Certains auteurs recommandent de ne pas intervenir sur un utérus entre le 6ème mois et le terme par suite des difficultés d'intervention. Pourtant, l'on peut avoir une obligation impérieuse d'intervenir et on ne doit pas attendre les signes de compression, d'intoxication pour opérer car alors, le pronostic serait grave.

Soins post-opératoires :

Antibiotiques, glace sur le ventre, opiacés, Lutogyl.

Indications de la myomectomie pendant le travail.

La présence d'un ou plusieurs fibromes est le plus souvent compatible avec un accouchement sans incidents et un travail d'involution spontanée. Cependant le caractère dystocique d'un fibrome est imprévisible et le pronostic ne peut s'établir

avec certitude qu'au cours du travail et ceci principalement chez la primipare. Les indications seront donc :

- les dystocies dynamiques,
- les positions vicieuses du placenta,
- les fibromes praevia.

Insistons sur l'importance de l'épreuve du travail et l'erreur que l'on commettrait à la trop prolonger. Rappelons également qu'il faut dans tous ces cas rejeter les manoeuvres obstétricales.

Jadis, la myomectomie au cours du travail était très redoutée et KELLER dans la discussion du rapport de Monsieur BRINDEAU en 1929 craignant l'infection avait fait à son sujet les plus grandes réserves. Actuellement, nous voyons que la myomectomie intra partum est la solution complémentaire de la césarienne. Dans le service de Monsieur MAYER, en effet, toutes les césariennes sont suivies de myomectomies. Une seule fois, on dut pratiquer une hystérectomie. Remarquons toutefois que les interventions pour fibrome en fin de grossesse sont rares.

Nous pouvons résumer ainsi la position dans le service en face de fibrome et travail :

- 1) Accouchement spontané par les voies naturelles,
- 2) Césarienne suivie de myomectomie.

L'accouchement après myomectomie : dans la plupart des cas, tout est normal, mais il vaut mieux surveiller et diriger l'accouchement afin d'éviter les ruptures de la cicatrice.

On évitera l'emploi des ocytociques. Souvent après épisiotomie on fait à dilatation complète une application de forceps. Une révision utérine systématique sera pratiquée. Quand cela sera nécessaire, on pratiquera une césarienne (observation n° 9).

Il est à noter que le moment redouté par beaucoup d'obstétriciens est la période du travail et de l'accouchement chez ces femmes dont l'utérus est cicatriciel. L'expérience prouve cependant d'une façon irréfutable que dans la grande majorité des cas, cette cicatrice utérine se comporte remarquablement au cours du travail, lorsqu'il écrivait : "Les quelques cas exceptionnels de rupture de la cicatrice ne doivent pas entrer en ligne de compte". Parmi les 80 grossesses observées à l'hôpital de New York, II furent délivrées par césariennes dont l'indication dans 5 cas seulement fut une myomectomie. Aucune rupture utérine n'a été notée.

Néanmoins il faut reconnaître que cette cicatrice peut créer dans certaines conditions un certain degré de fragilité utérine :

ERBSLOH étudiant "l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la cicatrice..." rappelle que parmi ces facteurs de fragilité il faut citer les traumatismes, la surdistension utérine et surtout la placentation au niveau de la cicatrice qui doit jouer un rôle fondamental dans les exceptionnelles ruptures observées après myomectomie. Du fait de cette cicatrice aussi on peut observer des anomalies de la délivrance dues à une adhérence anormale du placenta sur une muqueuse utérine modifiée. Il n'en reste pas moins vrai et capital que les ruptures sont exceptionnelles et leur crainte ne doit en rien modifier l'attitude du

médecin accoucheur qui prend toutes les mesures afin de l'éviter.

Si l'optimisme doit être de règle au cours de l'accouchement chez des femmes qui ont été opérées antérieurement d'un fibrome, il convient néanmoins de prendre un minimum de précautions dont nous avons cité les principales plus haut, et de ne point oublier les examens pré-opératoires, à savoir NF - TC - TS - VS.

En fait, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point l'accouchement par les voies naturelles après myomectomie se déroule le plus souvent sans incidents sous réserve d'une surveillance attentive, surveillance que l'on devra répéter à chacune des grossesses successives.

MATERNITE HOPITAL SAINT-ANTOINE

Service du Professeur Agrégé
M. MAYER

FIBROMES ET GROSSESSES Tableau récapitulatif (1954-1959)

--

Nombre de patientes porteuses de fibromes ayant présenté des grossesses 106
 Nombre total de grossesses 217
 Pourcentage sur le nombre total des accouchements (14.752) 1,50 p. 100

	Nombre total de cas	Accouchement normal à terme	Avortements
0 Intervention	202 = 93 p. 100	160 = 72,2 p. 100	42 = 27,8 p. 100
Intervention pendant la grossesse	10 = 4,60 p. 100	10 = 100 p. 100	0
Intervention pendant le travail	5 = 2,30 p. 100	césarienne césarienne + myomectomie césarienne + hystérectomie	0 4 1

(Les interventions sont établies sur les 202 grossesses)

CONCLUSIONS

-:-

- 1 - Notre étude a porté sur les cas de grossesses développées dans les utérus fibromateux pendant cinq ans à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine ; seuls ont été retenus les cas dans lesquels il s'agissait de fibromyomes importants, évidents dont la reconnaissance ne soulevait aucune difficulté de diagnostic.
- 2 - La fréquence de la coexistence a été de 202 cas sur 14 752 accouchements, soit un pourcentage global de 1,50 p. 100.
- 3 - L'évolution vers l'avortement représente une éventualité relativement importante puisqu'elle approche de 30 p. 100.
- 4 - L'indication de myomectomie au cours de la grossesse a été réduite de 10 cas sur 202 ; lorsque ces opérations ont été réalisées les résultats ont été très favorables puisque dans tous les cas, les patientes ont accouché à terme.
- 5 - Les opérations césariennes réalisées en raison de la fibromatose utérine, ont été rares (2,3 p. 100).

Dans les 5 cas l'hystérotomie dut être complétée une fois par hystérectomie et 4 fois par myomectomie.

Nous avons été frappés par la fréquence de la fibromatose utérine et de son association avec la grossesse chez des patientes natives des Antilles (Martinique et Guadeloupe en particulier).

-:-

Vu :
Le Président :
signé : J. VARANGOT

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ALBIERI W.

Fibromes et grossesse (résumé français)
An.brasil.Gin.Obst.Juin 1951, 31,
n°6, 300-324

BARON F.

Enclavement d'un fibrome du fond uté-
rin dans l'excavation pelvienne durant
toute la grossesse.
Bul.Fed.Soc.Gyn.Obst.Août-septembre
1956, 8, n°4, 499-500

BENTHIN

Myome et grossesse -
Ther.Gegenn.Juin 1939; 80, n°6,
247-250

BOUDREAUX

E.M.CH

BRIERE J.

113 cas de fibrome et grossesse
Thèse Paris, 3 avril 1956, n°168

BRINDEAU A.

Communications - Le traitement chi-
rurgical des fibromes utérins pen-
dant la puerperalité.
Bull.Acad.Med.Mars 1946, 130, n°9-
10-11- 190-194.

BURTHIAULT R.

La necrobiose aseptique des fibromes
au cours de la gestation.

Rev.Française Gyn.Obst.avr.1942

n°4113 - 121

CHALIER A. & LYONNET R.

Gros fibrome utérin praevia ; césarien-
ne à terme et myomectomie : phlébite
consécutive guérie en quelques jours
par les traitements ambulatoire et
anti-coagulant associés.

Gyn.Obst.1948, 47, n°6 bis 1172-1174

CHALIER A. & BROCHIER A.

Fibrome praevia et grossesse. Opera-
tion à terme en une même séance :
césarienne et myomectomie.

C.R.Sec.franç.Gyn.Oct.1955, 25, n°6
254-256

CHARLEWOOD C.P.

Quelques aspects de la pathologie des
fibromyomes utérins pendant la grossesse.

J.Obst.Gyn.Brit.Emp. déc.1938, 45,
n°6, 999-1002

CHOSSON J. & SERMENT H.

Fibrome utérin et grossesse

Sem.Hôp.Paris, 6 Mars 1956, 32, n°14

CIBELLI L.J.

Dégénérescence rouge aiguë d'un myome
utérin compliquant une grossesse.

New-York State J.Med.1er Octobre 1957,
57, n°19

COTTE G. et MAGNIN P.

Les grossesses après myomectomies.

Lyon Chir. Janvier-février 1939, 36,
n°1.

COTTE G. et MAGNIN P.

Les grossesses consécutives aux myomectomies.

Gyn. et Obst. Mars 139, 39.

DA ROCHA PITTA H.

Quelques aspects du fibrome contemporain de la grossesse

Rev.Brasil.Cir.Janv.1954, 27, n°1.

DUBOIS J. et NEUMANN E.

Nécrobiose d'un volumineux fibrome trois semaines après un accouchement normal.

Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst.avril-mai 1957, 9, n°2.

DUCUING J.

Le fibromyome utérin : 1946

FISCHER G.

La clinique obstétricale au goût du jour : Que faire au cas de grossesse compliquée du fibrome

Concours méd. 4 déc.1938, 60, n°49

FUNCK, BRENTAND P. et CHIRIE M.

Myomectomie et grossesse.

Gaz.Médical, mai 1952, 59, n°10

GROSESCO I. et FLORIAN E. (Mme)

Fibrome utérin avec évolution rapide pendant la grossesse. Myomectomie au 5ème mois, accouchement spontané à terme.

Obst.Gyn.Puer., oct-déc.1939, 19, n°4

GUIBAL

Fibromyome du col et dystocie

Gyn.Obst., suppl.1949, 1, n°1.

HANON F. et DESSAGNE

Influence de la gestation et de l'évolution utérine post partum sur les

fibromyomes.

Gyn.Obst.1948, 47, n°3

HEBERER H.

L'interprétation pronostique de la croissance accélérée des myomes pendant la grossesse.

Deutsche med.Wschr.12 déc.1952, 77, n°50.

KESE G.

Déformation par compression d'origine intra utérine dans un utérus fibromateux chez un enfant à terme.

Zbl.Gyn.21 déc.1957

LANTUEJOUL et MERGER R.

La myomectomie au cours de la puerpéralité. Livre jubilaire à Amédée

LAFFONT - EMC.1952

LANTUEJOUL et BADIE

De l'accouchement chez les femmes porteuses de fibromes

Bull.Acad.nat.Méd. avril 1947.

LYONNET R., DUROUX et BIANCO

Dystocie complexe par fibromes praevia et placenta vicieusement inséré ; traitement chirurgical

Bull.Ass.Gyn.Obst.Langue Franç. 1950

MERGER R.

Semaine des hôpitaux, Juillet 1950

MORISSON-LACOMBE J.

Volumineux fibrome praevia césarienne et myomectomie

Gyn.Obst.1948

PLAGE E.

Myome et grossesse.

Thèse Berlin 29 Mai 1940.

TRAISSAC R. et PERRIN D.

Myomectomie suivie de grossesse :
Gyn.et Obst.1955, n°2.

TURRETTINI A.

Hémorragie grave du post partum ;
élimination d'un fibrome necrobiosé
dans les suites de couches.
Rev.méd.Suisse rom. 25 Juillet 1951,
71, n°7.

VERMELIN

Expulsion spontanée d'un fibrome uté-
rin 3 mois après l'accouchement
Gyn.Obst.1948, 47, n°6 bis.

VERMELIN, RIBON et LOUYOT J.

Un cas de rétroflexion partielle de
l'utérus gravide par inclusion pel-
vienne d'un fibrome de la corne droite.
Gyn.Obst.1948, 47, n°6 bis.

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

